

Фокин А.А., Сощенко Д.Г., Владимирский В.В.

ИМПЛАНТАЦИЯ ПРОТИВОЭМБОЛИЧЕСКОГО КАВА-ФИЛЬТРА ПРИ ОСТРОМ ПРОКСИМАЛЬНОМ ФЛЕБОТРОМБОЗЕ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ – УБЕДИТЕЛЬНЫЕ ИСТИНЫ И СПОРНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА

*Южно-Уральский государственный медицинский университет,
Дорожная клиническая больница на станции Челябинск ОАО «РЖД»,
Областная клиническая больница,
г. Челябинск, Российская Федерация*

Актуальность. Злокачественные новообразования (ЗНО) – самый частый фактор риска венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО). Из года в год рекомендации ESMO декларируют, что абсолютный риск развития тромбозов зависит от вида опухоли, стадии заболевания, назначения химиотерапии и/или гормональной терапии, хирургического вмешательства, длительного присутствия постоянного венозного катетера, возраста пациентов, иммобилизации, предшествующих случаев ВТЭО. Изолированная антикоагулянтная терапия не решает всех проблем вторичной профилактики ВТЭО в онкологии, т.к. всегда находятся лица с показаниями к установлению противоэмболического барьера, т.е. кава-фильтра. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике ВТЭО и рекомендации АССР 9-го пересмотра (2012) не всегда укладываются в специфическую схему лечения онкологического пациента.

Цель. Изучить опыт хирургической профилактики ВТЭО среди онкологических пациентов в нашей клинике при остром эмболенном или офеморальном тромбозе посредством имплантации постоянных кава-фильтров Trap Ease Cordis (2009-2014 гг. - 188 случаев) или извлекаемых кава-фильтров Opt Ease Cordis (2013-2014 г.г. - 44 случая).

Материал и методы. Для идентификации тромбоза и эмболии легочной артерии (31 человек) использовались клинические данные, определялся уровень d-димера, выполняли дуплексное сканирование вен, рентгеноконтрастные и изотопные методы диагностики: ретроградная илиокаваграфия и ангиопульмонография, мультиспиральная компьютерная ангиография в ангиографическом режиме и вентилиционно-перфузионная сцинтиграфия легких. Тромболитическую терапию не проводили. Идеология применения кава-фильтров была следующей - три варианта лечения: 1. Имплантация изначально в виде постоянной модели; 2. Удаление временной модели в оговоренные инструкцией сроки (12 дней) с последующим длительным лечением антикоагулянтами; 3. Попытки удаления временной модели в сроки 3-4 недели с соблюдением максимальных мер безопасности с последующей антикоагулянтной терапией, длительность которой

зависит от клинической ситуации.

Результаты и обсуждение. Приведены в сравнении (постоянный/извлекаемый кава-фильтр) частота тромбозов на фоне фильтра 15,9% и 4,4%; тромбоэмболия легочной артерии 3,2% и 3,7%. Частота успешной извлекаемости временного кава-фильтра 58,1% (26 пациентов).

Выводы. 1. У онкологических пациентов кава-фильтры не надо имплантировать рутинно, а в соответствии с нормативными рекомендациями. 2. Без антикоагулянтов кава-фильтр имеет высокую вероятность тромбоза. 3. Установление извлекаемой модели кава-фильтра должно предусматривать последующие действия по его удалению. 4. Для онкологических пациентов целесообразно предусматривать применение устройств с более длительным периодом возможного удаления (согласно исследованию PREPIC 2 (2012), так как средние сроки удаления конструкции ALN достигают 101,0 день, CORDIS – 17,2 дня).

Хмельникер С.М., Турмышев Н.С.

ТРОМБОЗ В СИСТЕМЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ У БЕРЕМЕННЫХ

*Городская клиническая больница №40,
Уральская государственная
медицинская академия,
г. Екатеринбург, Российская Федерация*

Актуальность. По данным литературы, появление расширенных вен у беременных объясняют недостаточным содержанием в организме эстрогенов и увеличением при беременности уровня прогестерона и релаксина, оказывающих расслабляющее действие на мышечную стенку вен. Кроме того предрасполагающими факторами клинических проявлений варикозной болезни при беременности, являются увеличение массы циркулирующей крови, повышение венозного давления, замедление кровотока в нижних конечностях.

Цель. Разработать и внедрить пути профилактики тромбоза глубоких вен и тромбофлебита поверхностных вен при беременности.

Материал и методы. За период с 2011 по 2014 годы проанализировано 30 случаев госпитализации беременных женщин с тромбозами в системе нижней полой вены. Средний возраст женщин в исследуемой группе составил $29,8 \pm 3,6$ лет. Срок гестации при обращении составил в исследуемой группе $23,5 \pm 9,5$ недели. В исследуемой группе в 66,6% случаев имела место патология поверхностной венозной системы (тромбофлебит в системе БПВ), в 33,4 % беременность сопровождалась патологией глубоких вен, причем во всех случаях с вовлечением подвздошно-бедерного сегмента.

Контрольной группой явились 25 беременных женщин, которые консультированы сосудистым хирургом на амбулаторном приеме по направлению женской консультации. Средний

возраст беременных контрольной группы составил $28,8 \pm 2,5$ года. Срок гестации при направлении на консультацию составил $19,8 \pm 2,3$ недели. Все женщины исследуемой и контрольной групп были консультированы акушерами-гинекологами, после осмотра которых значимой акушерской патологии не выявлено.

Результаты и обсуждение. Пациентки с тромбозом глубоких вен, (10 человек), были госпитализированы в отделение сосудистой хирургии Екатеринбургского Центра Сосудистой хирургии, где получали консервативную терапию с применением эластической компрессии и НМГ (Эноксапарин) из расчета 1 мг/кг каждые 12 часов. В 1 случае пациентке имплантирован кава-фильтр, и в дальнейшем выполнена экстирпация матки с плодом по акушерским показаниям. В течение беременности и 42 дней после родоразрешения прослежена судьба 3-х пациенток с тромбозом глубоких вен. Родоразрешение таким пациенткам осуществлялось с исключением потужного периода (кесарево сечение). В дальнейшем при обследовании в 2 случаях была выявлена наследственная тромбофилия. Остальные пациентки выбыли из исследования в связи с отказом. У пациенток в исследуемой группе (20 человек) тромбофлебит поверхностных вен развивался на фоне варикозной болезни в стадии субкомпенсации (ХВН С3), ранее данные пациентки сосудистым хирургом не консультированы и специального лечения не получали.

Из исследуемой группы все пациентки направлены на консультацию в экстренном порядке. В 33,3% случаев пациенткам в экстренном порядке в связи с восходящим характером тромбофлебита выполнена кроссэктомия, а в 66,7% при локализации воспалительного процесса в притоках БПВ или в стволе БПВ ниже щели коленного сустава пациентки получали консервативную терапию в объеме: местное лечение (гепарин-содержащие мази) и эластическая компрессия. В дальнейшем родоразрешение у таких пациенток произведено через естественные родовые пути.

Через 42 дня после родов пациентки, получавшие консервативное лечение, консультированы повторно - восхождения тромбофлебита не выявлено. В дальнейшем рекомендована эластическая компрессия и оперативное лечение в плановом порядке. В контрольной группе все пациентки консультированы через 2 месяца после родов - течение послеродового периода без осложнений. Ими продолжена компрессионная терапия, и рекомендовано оперативное лечение в плановом порядке.

Выводы. 1. Тромбоз глубоких вен и тромбофлебит поверхностных вен наиболее часто встречаются во 2 триместре беременности. 2. Эластическая компрессия позволяет предотвратить развитие грозных осложнений варикозной болезни. 3. Применение эластической компрессии всем пациенткам во 2 триместре беременности позволяет предотвратить развитие тромбофлебита у беременных.

*Хрыщанович В.Я., Калинин С.С.,
Фрайжи А.А., Тетерич А.С.*

АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ СТАНДАРТНОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФЛЕБОТРОМБОЗОМ

*Белорусский государственный
медицинский университет,
4-я городская клиническая
больница им. Н.Е. Савченко,
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Ежегодная частота развития тромбоза глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей составляет ~1-2 случая на 1000 взрослого населения, при этом чуть больше половины из всех ТГВ являются «внутрибольничными». Наряду с острыми симптомами заболевания (боль, отек, гиперемия и гипертермия конечности), не менее чем у одной трети (~20-50%) пациентов развивается посттромботическая болезнь (ПТБ) в течение первых двух лет после перенесенного ТГВ. При этом показатели статистики при ПТБ зависят от характеристик пациентов, длительности периода наблюдения, терминологии, выбранного места и метода лечения. Заседание международного общества тромбоза и гемостаза, состоявшееся в 2008 г. в Вене, рекомендовало, как наиболее удобную и специфичную, шкалу S. Villalta для диагностики и оценки степени тяжести ПТБ после перенесенного ранее и документально подтвержденного ТГВ. Согласно шкале S. Villalta сумма баллов >5 венозная язва подтверждают диагноз ПТБ, а большее количество баллов характеризует степень тяжести заболевания (5-14 – легкая/умеренная, ≥ 15 – тяжелая).

Цель. Изучить вероятные факторы риска посттромботической болезни (ПТБ) и отдаленные результаты стандартного консервативного лечения пациентов с тромбозом глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей.

Материал и методы. Из 137 пациентов, перенесших ТГВ, 48 человек приняли участие в исследовании. Средний возраст составил 59,1 (34-76) лет; мужчин было 30, женщин – 18. ТГВ проксимальной локализации был выявлен у 18 (37,5%) респондентов, дистальной – у 30 (62,5%). Для выявления ПТБ была использована шкала Villalta. В зависимости от приверженности к рекомендациям пациенты распределились следующим образом: соблюдали амбулаторные рекомендации в полном объеме – 8 (16,7%) пациентов, частично – 27 (56,3%), не следовали рекомендациям – 13 (27%).

Результаты и обсуждение. ПТБ развилась у 30 (62,5%) из 48 пациентов с ТГВ. У 7 (23%) пациентов ПТБ характеризовалась тяжелой степенью тяжести, в 3 (10%) случаях – с образованием трофической язвы. В возрасте 60 лет и старше ПТБ встречалась в 17 (70,8%) случаях. В группе пациентов с проксимальной локализацией ТГВ частота ПТБ составила 72,2%, с дистальной – 56,7%. Из 30 пациентов с ПТБ избыточная масса тела или ожирение были обнаружены у 24 (80%)